

SERVIÇO SOLICITANTE																			
NOME:										ESTADO:									
RESPONSÁVEL SOLICITAÇÃO:																			
E-MAIL DO SERVIÇO PARA ENVIO DE RESULTADO:																			
DADOS DO PACIENTE																			
NOME:																			
CPF:					SEXO:					DN:									
NOME MÃE:																			
DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> ANEMIA FALCIFORME (Hb SS) <input type="checkbox"/> OUTRAS DOENÇAS FALCIFORMES (Hb S____)																			
E-MAIL DO PACIENTE/RESPONSÁVEL PARA ENVIO DE RESULTADO:																			
FENOTIPAGEM CONHECIDA																			
D	C	E	c	e	C ^w	K	k	Kp ^a	Kp ^b	Fy ^a	Fy ^b	JK ^a	JK ^b	M	N	S	s	Lu ^a	Lu ^b
(RH1)	(RH2)	(RH3)	(RH4)	(RH5)	(RH8)	(KEL1)	(KEL2)	(KEL3)	(KEL3)	(FY1)	(FY2)	(JK1)	(JK2)	(MNS1)	(MNS2)	(MNS3)	(MNS4)	(LU1)	(LU2)
MOTIVO SOLICITAÇÃO GENOTIPAGEM																			
<input type="checkbox"/> Paciente RhD+ com anti-D.										<input type="checkbox"/> Pacientes com anticorpos contra antígenos próprios do RHCE.									
<input type="checkbox"/> Paciente com D fraco (≤ 2+) em qualquer metodologia.																			
<input type="checkbox"/> Fenotipagem RhD divergente entre antissoros distintos.										<input type="checkbox"/> Fenotipagem RhCE divergente entre antissoros distintos.									
<input type="checkbox"/> Paciente com suspeita de anticorpos contra antígenos de alta frequência RHCE.																			
<input type="checkbox"/> Outro:																			
EXAMES SOLICITADOS																			
<input type="checkbox"/> GENOTIPAGEM PARA VARIANTES RHCE										<input type="checkbox"/> GENOTIPAGEM PARA VARIANTES RHD									
ORIENTAÇÃO SOBRE COLETA DAS AMOSTRAS																			
<p>AMOTRAS PARA GENOTIPAGEM: Dois tubos de EDTA homogenizados (2 ou 4mL), com volume colhido apropriado para quantidade de anticoagulante, sem coágulos, identificado com: nome completo sem abreviatura, data de nascimento, data da coleta e nome do responsável pela coleta.</p>																			
ORIENTAÇÃO SOBRE ENVIO DAS AMOSTRAS																			
<p>O serviço de origem é responsável pelo envio das amostras acondicionadas em isopor com gelox. Enviar para: Av. José Bastos, 3390. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. CEP 60431-086. Aos cuidados de Tiê Costa e/ou Lhaís Santos.</p>																			
OBSERVAÇÕES																			
<p>É necessário enviar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) assinado por um responsável do serviço de origem e pelo paciente e/ou seu responsável legal. Todos os pacientes devem estar com cadastro atualizado no WebHemoglobinopatias. As solicitações e termos devem ser enviadas para: ihavancadas@hemoce.ce.gov.br Apenas com as amostras corretamente identificadas e o TCLE/TALE completamente preenchido, o Hemoce poderá realizar a genotipagem solicitada.</p>																			
RESPONSÁVEL PELO ENVIO:										DATA:									